

# 相談シート

送信日 令和 年 月 日

施設名	
所在地	札幌市 区
施設種別（分類）	<input type="checkbox"/> 医療機関（ <input type="checkbox"/> 病院 ・ <input type="checkbox"/> 診療所 ） <input type="checkbox"/> 高齢者施設（ ） <input type="checkbox"/> 障がい者施設（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
職種・担当者名	職種（ ） 名前（ ）
電話番号	
FAX	
メールアドレス	
初発者情報 （陽性者がいるとき）	<input type="checkbox"/> 入居者・入院者 <input type="checkbox"/> 職員（入居者・入院者との接触 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 ） <input type="checkbox"/> その他（ ） 発症日（陽性判明日）： 令和 年 月 日
相談内容	（例：●月×日に発症・陽性となった場合、療養期間の目安はあるか？）

【送付先】 札幌市保健所医療対策室疫学調整担当課  
メールアドレス [sapporo\\_ekigaku@city.sapporo.jp](mailto:sapporo_ekigaku@city.sapporo.jp)

FAX 011-788-6832